

Deux expériences de structures intermédiaires issues d'une institution traditionnelle : foyer de groupe et appartements supervisés

Two experiences of intermediate structures stemming from a traditional institution : group home and supervised apartments

André Leduc

Volume 8, numéro 1, juin 1983

Structures intermédiaires ou alternatives?

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030172ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030172ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Résumé de l'article

Des ressources dites «alternatives» peuvent-elles être engendrées par des institutions traditionnelles et dans quelles conditions? Telle est la question à laquelle tente de répondre cet article. Il relate deux expériences qui ont cours depuis respectivement 4 et 2 ans. Les données statistiques reflètent 3 ans de vie d'un foyer de groupe et un an de fonctionnement des appartements supervisés. Il nous semble qu'une percée institutionnelle dans le domaine de «l'alternatif» est porteuse d'espoir.

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Leduc, A. (1983). Deux expériences de structures intermédiaires issues d'une institution traditionnelle : foyer de groupe et appartements supervisés. *Santé mentale au Québec*, 8(1), 140-143. <https://doi.org/10.7202/030172ar>

DEUX EXPÉRIENCES DE STRUCTURES INTERMÉDIAIRES ISSUES D'UNE INSTITUTION TRADITIONNELLE : FOYER DE GROUPE ET APPARTEMENTS SUPERVISÉS

*André Leduc**

Des ressources dites «alternatives» peuvent-elles être engendrées par des institutions traditionnelles et dans quelles conditions? Telle est la question à laquelle tente de répondre cet article. Il relate deux expériences qui ont cours depuis respectivement 4 et 2 ans.

Les données statistiques reflètent 3 ans de vie d'un foyer de groupe et un an de fonctionnement des appartements supervisés. Il nous semble qu'une percée institutionnelle dans le domaine de «l'alternatif» est porteuse d'espoir.

Ces deux expériences ont vu le jour à deux ans d'intervalle. La première, le foyer de groupe, milieu de vie et de réadaptation pour jeunes hommes psychotiques de 18 à 30 ans, répond à la pénurie de ressources appropriées pour ce type de clientèle. Milieu protecteur tout autant que facilitateur d'un apprentissage d'autonomie par la clientèle, le foyer est une structure intermédiaire parce qu'il ne remplit pas une fonction curative comme un centre hospitalier, qu'il est plutôt pauvre en «équipements» et que ce sont des non professionnels qui encadrent la clientèle. Ce type de ressources compte sur l'appareil hospitalier dans les moments de crise et pour recevoir formation et support dans le cours de l'expérience.

Les appartements supervisés ont été créés pour, d'une part, continuer le travail amorcé par le foyer de groupe auprès de la clientèle jeune, et, d'autre part, favoriser le maintien de l'autonomie ou son développement chez l'handicapé psychiatrique. La ressource peut aussi bien accueillir une personne trop autonome pour un milieu protégé qu'aider une autre nécessitant un minimum de support pour demeurer en appartement.

Vous trouverez dans le texte quelques chiffres reflétant certains aspects des deux expériences après un bref exposé de ces ressources.

FOYER DE GROUPE

Le foyer de groupe Pierre Deschamps a vu le jour grâce à la collaboration de l'administration du C.H. Maisonneuve-Rosemont et du C.S.S.M.M. Ce foyer a été pensé pour répondre aux besoins d'une clientèle jeune (18-30 ans) qui ne trouvait pas sa place dans les ressources traditionnelles (familles d'accueil — pavillons) après avoir épuisé celles de la famille et les siennes propres. Le foyer est ouvert depuis avril 1979. Une équipe composée d'un directeur, de deux animateurs, d'un gardien de nuit et d'une cuisinière, anime la vie du foyer. Cette équipe reçoit sa supervision d'un travailleur social. Le directeur du foyer forme, avec la responsable du Service social psychiatrique, un travailleur social et un conseiller en main-d'œuvre, un conseil d'orientation des structures intermédiaires. Ce conseil suit attentivement l'itinéraire de nos structures, parfois le modifie, se tient à l'affût des nouvelles expériences et oriente le devenir de ces structures.

L'objectif du foyer est de rendre le jeune psychotique le plus autonome possible, c'est-à-dire le préparer à affronter la réalité de la vie avec ses succès comme ses échecs, ses progrès comme ses reculs, ses moments d'espoir et aussi ses déceptions. Nous n'avons pas voulu en faire un lieu de retraite trop douillet mais plutôt une «halte» dans l'itinéraire du psychotique. Comme objectif explicite, il y a également celui d'éviter les réhospitalisations.

* André Leduc est agent de relations humaines à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, département de psychiatrie.

L'approche employée dans le traitement est tantôt individuelle, tantôt de groupe. Nous tentons de responsabiliser le patient face à son traitement. C'est lui qui doit se déplacer vers les services offerts et non le contraire. Ainsi aucun «thérapeute de l'hôpital» ne va au foyer de groupe. C'est le mouvement inverse qui est privilégié.

Les coûts de cette expérience sont partagés : 1/3 C.H., 1/3 C.S.S., et 1/3 venant des contributions des bénéficiaires. Le budget de cette année se chiffre à 110 000 \$. Le foyer peut accueillir neuf (9) bénéficiaires depuis juin 82.

Relevons quelques chiffres montrant l'évolution du foyer pendant 3 ans, c'est-à-dire d'avril 79 à avril 82. Ving (20) jeunes hommes de 18 à 30 ans ont séjourné dans cette ressource dont la capacité d'accueil était de 8 places. Ces jeunes hommes totalisaient 48 hospitalisations antérieures pour une moyenne de 2,4 hospitalisations par individu.

En cours de séjour, nous avons eu à réhospitaliser 3 patients en trois ans ce qui donne un taux d'hospitalisation se chiffrant à 15% sur trois ans. Par ailleurs, 3 patients ont dû être réhospitalisés après la fin de leur séjour dans le foyer de groupe.

Si on examine ce qui se passe à la sortie du foyer, on constate que sur 12 jeunes hommes qui sont partis, 6 se sont dirigés vers un milieu plus autonome, alors que les 6 autres sont allés vers des milieux plus protecteurs soit un à Louis-H.-Lafontaine, 2 en pavillon, un retour au foyer après une vie plus autonome, un retour à l'hôpital en attendant un placement en pavillon et un au Foyer de Charité après une vie plus autonome.

Les durées de séjour s'échelonnent de 1 mois à 3 ans pour une durée moyenne de 1 an et 3 mois.

LE PROGRAMME DE TRAVAIL

Treize patients se sont inscrits dans un programme de travail : 9 en milieu protégé, 1 dans des cours de formation professionnelle et 3 dans un travail régulier et dans un milieu protégé.

— Sur les 9 patients qui ont fait l'essai d'un travail en milieu protégé, 3 ont réussi de façon satisfaisante alors que pour les 6 autres ce fut l'échec.

— Cinq patients ont fait l'essai d'un travail en milieu régulier. Ces cinq patients ont connu l'échec.

— Un patient a reçu une formation du Centre de la Main-d'œuvre et cette démarche s'est avérée un succès.

Sur le plan du travail, nous nous sommes orientés depuis peu vers des programmes circonscrits dans le temps (20 semaines) afin que les patients améliorent leur qualité de vie, et qu'ils «jouissent du droit à la paresse... après».

En conclusion, nous sommes conscients que cette présentation ne reflète qu'une partie du vécu du foyer et qu'elle soulève de nombreuses interrogations. Nous espérons seulement avoir transmis à d'autres le goût d'une telle aventure.

APPARTEMENTS SUPERVISÉS

À l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, grâce à la collaboration mutuelle de l'administration de l'hôpital et de la direction des Ressources non institutionnelles pour adultes du C.S.S.M.M., nous opérons depuis avril 81 des appartements supervisés. Au nombre de 16 au départ, nous avons maintenant 20 patients vivant dans cette ressource. La structure des appartements est la suivante : une équipe composée d'un travailleur social, d'une ergothérapeute et d'une infirmière encadre l'animatrice des appartements supervisés. Cette dernière est une salariée qui anime la vie communautaire et voit au bien-être général des patients, les soutenant dans les moments pénibles, les stimulant à l'occasion et nous prévenant des signes de rechute.

Les appartements sont situés dans un quartier populaire à proximité des ressources communautaires (magasins — transport en commun — C.L.S.C.). Situés dans le même édifice, nos patients occupent 20 appartements de 1 1/2 pièces sur les 40 disponibles et ils disposent d'un appartement communautaire pour les rencontres de groupe. Cet appartement communautaire est en quelque sorte le lieu de travail de l'animatrice. C'est une «agora» pour notre clientèle, clientèle qui trouve difficilement un espace sur la place publique.

L'objectif des appartements supervisés est de rendre l'handicapé psychiatrique le plus autonome possible. C'est de lui permettre de s'épanouir selon ses capacités. À cette fin on pourrait citer le cas d'un de nos résidents qui, après 25 ans d'institutionnalisation et un séjour d'un an en famille

d'accueil, a intégré les appartements et nous a dit y vivre heureux comme jamais dans sa vie. Agé de 55 ans, il a tenté un retour sur le marché du travail. Cependant il n'a pas réussi à s'adapter aux exigences du marché. Toutefois il ne désespère pas et envisage d'autres incursions dans ce domaine.

L'appartement supervisé est en principe ouvert à tout patient psychiatrique adulte suivi par le centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont. En pratique toutefois, nous excluons les patients antisociaux et les toxicomanes invétérés.

Ici encore, il nous semble utile d'apporter quelques chiffres qui pourront témoigner de différents aspects de cette expérience.

Du 1^{er} avril 1981 au 30 avril 1982 nous avons reçu 38 demandes. Ces demandes nous sont venues du département de psychiatrie, tant de l'interne que de l'externe. De ces 38 demandes, 26 ont abouti à un placement en appartement supervisé. Des douze autres demandes, 4 nous sont apparues inadéquates, 1 a été refusée par le Comité d'Admission formé du travailleur social, d'une ergothérapeute, d'une infirmière et de l'animatrice des appartements supervisés. Six se sont soldées par un refus du client d'intégrer les appartements et 1 patient s'est suicidé lors de la journée d'ouverture.

Il ne faut pas négliger le fait qu'une nouvelle ressource est souvent vue comme une panacée. Le comité a donc dû faire preuve de vigilance et refuser certaines demandes.

Tableau 1

Répartition des placements en fonction de l'âge et du sexe

Âge	Hommes	Femmes
18-29	8	4
30-49	2	7
50-64	2	2
65 et +		1

La clientèle des appartements supervisés n'est pas une clientèle «légère». Les 26 patients placés totalisaient 88 hospitalisations antérieures, soit une moyenne de 3,38 hospitalisations par personne. Le tableau 2 montre la répartition des hospitalisations antérieures à l'arrivée aux appartements.

Pendant leur séjour aux appartements, 4 patients sont hospitalisés pour un taux de 15,4%. À l'unité

Tableau 2

Répartition des hospitalisations antérieures au placement

Nombre d'hospitalisations	Nombre de patients
0	1
1	5
2	7
3	3
4	3
5	2
6	2
7	1
8	1
11	1

de soins psychiatriques de l'hôpital, le taux de réhospitalisation est de 54% dans l'année qui suit la dernière hospitalisation. Cependant, pour l'ensemble des ressources d'hébergement utilisées par le Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont, le taux d'hospitalisation est de 14,3%. On constate que pour deux types de ressources différentes, le taux est semblable. On ne peut donc pas juger de la valeur des appartements supervisés en se basant uniquement sur ce critère.

ÉTATS DE CRISE

Pendant la période d'un an à laquelle nous nous référons, 18 patients placés aux appartements supervisés ont connu un état de crise qui a nécessité leur venue à l'urgence et l'intervention du service social. Il est certain que la gérance efficace des états de crise a permis d'éviter des hospitalisations et de rassurer les patients qui ne se sont pas sentis abandonnés dans des moments pénibles.

RÉPONSES DES PATIENTS AU PROGRAMME DES APPARTEMENTS

Sur 26 patients admis au programme, 18 présentent une évolution satisfaisante et 8 ont quitté les appartements. Quatre hommes et 1 femme se sont dirigés vers un milieu plus protecteur alors que 3 hommes sont allés vers un milieu plus autonome.

De ces 8 patients, 6 appartenaient au groupe d'âge 18 à 29 ans. Sept d'entre eux ont répondu partiellement au programme alors qu'un seul n'a

pas répondu à ce que le programme pouvait lui offrir. Le problème de la clientèle jeune reste donc crucial dans la mesure où c'est une clientèle qui semble s'intégrer difficilement dans une ressource légère.

Mentionnons que le budget de cette ressource est peu élevé, soit 26 000S par année. Les frais sont partagés par le C.H. Maisonneuve-Rosemont et le C.S.S.M.M.

Il serait intéressant que jaillissent de divers milieux des expériences analogues. Les échanges entre les intervenants ne pouvant que nous enri-

chir et nous stimuler mutuellement, le service à la clientèle ne s'en porterait que mieux.

SUMMARY

So-called "alternative resources" — can they be produced by traditional institutions, and under what conditions? This is the question to which the article attempts to respond. It recounts two experiences which have been running for four and two years, respectively.

Statistical data reflect three years of operation of a group home and one year of functioning of supervised apartments. It seems that the institutional entry into the "alternative" arena is a hopeful sign.